

人口

- 高齢化の速度は都内平均
- 総人口は2025年に向けて増加してから、2030年に向けて減少

医療資源

中小病院

全機能ちょっと流出(自圏域完結寄り)

地域間連携(西部)

高度急性期機能

区中央部・区西部へ流出

(地域が考える患者像)
 特定機能病院入院基本料
 一般病棟7対1入院基本料 他

- ・特定機能病院が2施設
- ・稼働率は83.7%と、都平均(88.1%)に比べ低い。
- ・全ての病棟を高度急性期機能としている病院も存在

病棟単位での機能分化の余地あり?

(自己申告した主な病院/H28)
 ・帝京大学医学部附属病医院 1035床
 ・日本大学医学部附属板橋病院 982床
 ・板橋中央総合病院 325床
 ・東京都健康長寿医療センター 199床

急性期機能

(地域が考える患者像)
 一般病棟7対1入院基本料
 一般病棟10対1入院基本料
 一般病棟13対1入院基本料
 一般病棟15対1入院基本料 他

- ・高度急性期機能に引き続き、隣接区域に入院する患者が多く存在
- ・中小病院割合が高い
- ・病床稼働率は高い(83.7%)。
- ・他の病院、診療所からの転院患者の割合が都平均より高い。
- ・平均在院日数が都平均より長い(12.7日)
- ・死亡退院の割合は9.1%と都平均に比べ高い。
- ・全ての病棟を急性期機能としている病棟も存在

病棟単位での機能分化の余地あり?

回復期機能

区西部と相互依存(流出超過)

(地域が考える患者像)
 回復期リハビリテーション 病棟入院料
 地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料 他

- ・回復期リハビリテーション病床が人口10万対で多い地域。
- ・病床稼働率は86.3%と、都平均(87.4%)に比べ低い。
- ・他の病院、診療所からの転院患者の割合が高く(64.3%)、院内の他病棟からの転棟の割合が低い(8.9%)
- ・家庭への退院割合が都平均に比べ低い(56.6%)
- ・死亡退院の割合が1割を超えている(都平均3.9%)
- ・平均在院日数が都平均より長い(62.3日)

慢性期機能

区西部からの流入、埼玉県への流出

(地域が考える患者像)
 療養病棟入院基本料
 障害者施設等入院基本料
 介護療養病床 他

- ・障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院料を算定している病床が人口10万対で都平均より多い
- ・中小病院割合が高い
- ・家庭からの入院割合(35.7%)、他の病院・診療所からの入院割合(35.6%)がともに高い
- ・家庭への退院割合は都平均より高い(35.3%)
- ・現在、ポストアキュート・サブアキュートを担っている病床は?
- ・平均在院日数が都平均より短い(139.2日)

その他

- ・圏域内の区ごとの医療資源の状況に差があり、練馬区に医療資源が少ない
- ・自圏域完結率が全機能で6割を超えて比較的完結

- ・退院調整部門を持つ病院の割合が高い機能が多い(回復期93.8%、慢性期57.9%)

在宅医療等

※各区市町村の在宅療養推進協議会等で描く在宅像

※圏域としては、在宅医療等の内、訪問診療が2013年の1.78倍と推計

入院医療機関の状況

<不足している医療>

・休日、夜間に診療する病院、医師 ・地域包括ケア病床 ・ターミナルケアの受入れ ・精神科 ・在宅療養支援病院 ・小児を対象とする訪問診療 ・精神科、認知症等の訪問診療 ・在宅リハビリ

<充足している医療>

・他の区とも上手く連携しているため問題ない。(豊島区)

<その他>

・古い小規模の病院が多く、全体的に機能が不足(豊島区) ・都内で最も医療機関が多いエリア

高度急性期機能

- ・3次救急ができる病院の増床が必要(板橋区)
- ・超急性期病院が偏在(板橋区)
- ・充足している(板橋区・豊島区)
- ・都心に比べて不足気味(練馬区)

・入院後の病状経過、本人・家族の病気の受け止め方等を転院先の病院スタッフに伝えて欲しい。

急性期機能

- ・余っているように感じる(北区)
- ・充足している(板橋区・豊島区)
- ・ほぼ充足(練馬区)
- ・不足している(練馬区)

回復期機能

- ・不足している(練馬区)
- ・回復期リハビリの不足(板橋区)
- ・回復期病院が多すぎ・偏在(板橋区)
- ・回復期リハ病床は充足(豊島区)
- ・回復期病床は多いが、地域包括ベットが少ない(板橋区)
- ・地域包括ケア病棟を増やす必要がある(板橋区)

慢性期機能

- ・慢性期病床の不足(豊島区・北区・板橋区・練馬区)
- ・療養病床が不足(北区・板橋区)
- ・軽い医療区分の患者受け入れが困難になっている(板橋区)

<地域が求める役割>

- ・劇症肝炎、多発外傷、広範囲熱傷などに対応する医療機関NWの構築、強化

<地域で求める役割>

- ・要介護度の高い在宅患者や認知症の急性期受入れ
- ・移動が困難な高齢者の急性期疾患や救急搬送の増加への対応

<地域で求める役割>

- ・かかりつけ医としての入院受入れ
- ・急性期から在宅に移行するまでの地域の患者の受入れ病床

<地域で求める役割>

- ・耐性菌感染や認知症合併のスムーズな受入れ
- ・在宅・施設へ帰れない方の入院継続・看取り

病院側

- ・在宅医療の受け皿の把握ができていない(板橋区)
- ・訪問診療や訪問看護ケアの施設が増加が必要(板橋区)
- ・在宅医に関する情報が不足しており、連携が進まない状況がある(豊島区)

- ・在宅医療支援病院・診療所等、24時間診療に対応できる体制が未完(板橋区)
- ・在宅への移行は困難なケースがほとんどで、慢性期病床へ送り出している(豊島区)
- ・病院と在宅での医療提供の違いに対する連携・調整が必要

在宅側

<急変・病状変化時の受入>

- ・急変時・症状変化時の受入れ体制をもっと整えてほしい(豊島区、板橋区)
- ・急変時・症状変化時はスムーズに受け入れてほしい(豊島区、北区、板橋区、練馬区)
- ・在宅患者の入院のための医師会病院での病床確保事業があり助かっている(板橋区)
- ・感染症が流行する時期については、受入がさらに難しくなる傾向(板橋区)
- ・認知症の在宅患者の症状変化時、受入先の病院に断られる場合がある(豊島区、北区、練馬区)
- ・在宅へ退院した患者の後方ベッドを紹介元の病院ができる限り担保してほしい(練馬区)
- ・診療所では処置できないような場合などの短期間の入院の受入(練馬区)
- ・夜間の受入先確保が困難(練馬区)
- ・以前と比較して、入院医療機関とは連携が取りやすく、受入体制も充実してきた(練馬区)

<レスパイト>

- ・高齢者世帯の介護者の療養が必要になった際の患者の受入れ(豊島区)

<在宅移行・退院支援>

- ・事前調整もなく退院当日に往診依頼を受けることがある(練馬区)
- ・家族の受入れ体制ができていないまま退院となることがある(練馬区)
- ・在宅医療を行う開業医と病院との連携(練馬区)
- ・病院側からもう少し早く移行できるよう制度理解を進めてほしい(練馬区)

<その他>

- ・一般の在宅医療ではできないことが限られているということを理解してほしい(板橋区)
- ・終末医療をしてもらえる入院医療機関の必要を感じる(豊島区)
- ・レスパイト、リハビリ等の要素を含む包括病床を増やしてほしい(北区)

在宅医療の課題(例)

- ・在宅医療を受ける側の課題として、家族の介護力(老々介護や認知介護)や独居の場合の対応
- ・在宅医療を提供する課題として、24時間対応や、多様化する患者ニーズへの対応、介護事業者との連携など

※詳細は、訪問診療実施診療所向けアンケートの集計結果へ

地域の特徴

高度急性期から慢性
期機能まで全ての機
能で流出



全ての機能において
都内隣接区域も含め
た完結率は高い



他の病院等からの
転院の割合が高い



中小病院割合
が高い

➡ (論点1) 今ある医療資源を最大限活用させるための方策

具体的な議論の方向性(例)

- 県外も含めた他の構想区域からの退院患者を受け入れる病床、提供体制、連携の検討
- 不足する医療機能

地域の特徴

回復期リハ病床は都内
構想区域で最も多い



回復期機能において
病床稼働率が低い



回復期機能において
死亡退院割合が高い

➡ (論点2) 回復期機能病床のさらなる有効活用について

具体的な議論の方向性(例)

- 地域における回復期機能の医療体制
- ポストアキュート機能を担う地域包括ケア病床の整備

地域の特徴

地域包括ケア病床は
増えつつあるが、
不足しているとの声



急変時やレスパイトの
受入れを求める声



慢性期機能において
埼玉県への流出が多い

➡ (論点3) 地域包括ケアシステムの構築に向けた、高齢化する地域住民の医療体制について

具体的な議論の方向性(例)

- サブアキュート機能を担う地域包括ケア病床の整備
- 地域の在宅医療を支えるために慢性期機能が担うべき役割
- 流出患者への退院後の医療連携